

令和7年度 雇用管理改善・人材育成 集団型相談申込(受付)票

必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。 申込日:令和 年 月 日

事業所名	ふりがな		
所在地	〒		
電話/FAX	電話番号 FAX番号	メールアドレス	
担当者氏名	ふりがな	役職等	

【希望する内容】 ※ご希望の内容に☑を記入ください。1相談につき、1枚の申込票を使用。

☐コンプライアンスについて

☐介護現場の安全衛生対策

☐ハラスメントについて

☐数字を意識する経営

☐BCPIについて

☐ストレスチェック制度とケアの重要性

☐腰痛予防と改善

☐感染症予防

☐介護のプロ意識とモチベーションアップ

☐職員間ストレスと関係改善

☐その他()

※上記は一例です。他、テーマにつきましてもご相談ください。

【希望した経緯、理由等】

実施希望日時（時間は1回あたり、1～1.5時間程度）			
希望時期	令和 年 月 上・中・下旬	（○を付けてください）	
対象者		人数	名
相談実施希望場所（ご希望の番号に○）			
1. 貴事業所・施設 2. リモート 3. その他()			

実施前 個別相談	（第1希望）令和 年 月 第 週 （第2希望）令和 年 月 第 週		
1. 貴事業所・施設 2. 介護労働安定センター山形支部内 3. リモート 4. その他()			

※実施後の個別相談等、継続的な支援も可能ですので、ご相談ください。

(様式第1号・第6号)

相談確認依頼者確認欄

※相談実施後に確認の為、ご署名・捺印いただきますので、空欄のまま、お申込みください。

以下の通り相談を受けたことを確認します。

実施日時/時間	実施場所	担当専門家
令和 年 月 日 () : (時間)		

相談者署名